

مقایسه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت بیماران همودیالیزی و افراد سالم

چکیده ————— امیر پاکپور حاجی آقا^۱ / داود پناهی چنابلاغی^۲ / میرسعید یکانی نژاد^۳ / فرید عبادی فرد آذر^۴ / حسین ایزی^۵

مقدمه: نارسایی مزمن کلیه بیمار را در معرض مشکلات و عوارض بسیار قرار می دهد که در نهایت در کیفیت زندگی تأثیر می گذارد. هدف این پژوهش مقایسه کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز و افراد سالم مراجعه کننده به بخش همودیالیز مرکز آموزشی و درمانی بیمارستان های امام خمینی (ره) و فاطمه الزهرا (س) شهرستان ساری در سال ۱۳۸۶ بوده است.

روش بررسی: در این مطالعه توصیفی - مقایسه ای ۱۰۰ نفر از بیماران همودیالیزی و ۱۰۰ نفر افراد سالم همسان سنی و جنسی بیماران، از همراهان سایر بیماران به صورت تصادفی انتخاب شدند. ابزار جمع آوری اطلاعات پرسشنامه ای مشتمل بر دو بخش: مشخصات دموگرافیک و پرسشنامه عمومی کیفیت زندگی (SF-36) است. برای تجزیه و تحلیل داده ها از آمار توصیفی و استنباطی، آزمون تی مستقل، مک نمار، کای اسکور و ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد.

یافته ها: میانگین سنی بیماران ۵۵/۴۱ و میانگین سنی افراد سالم ۵۵/۱۶ می باشد. بخش عمده بیماران دارای سطح تحصیلات پایین، متأهل، ساکن شهر و دارای وضعیت اقتصادی متوسط می باشند. همچنین در تمامی خرده سنجش های کیفیت زندگی بین بیماران و افراد سالم اختلاف معنی داری وجود دارد ($P < 0.05$). از بین متغیرهای دموگرافیک، بیشترین ارتباط بین سطح تحصیلات و نمرات خرده سنجش های کیفیت زندگی برقرار است.

نتیجه گیری: با توجه به علاقه روزافزون به مقوله کیفیت زندگی؛ و شیوع نارسایی های کلیوی منجر به همودیالیز در سطح کشور از مطالعات مرتبط با اندازه گیری کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی به عنوان مبنایی برای برنامه ریزی خدمات به این دسته از بیماران می توان بهره جست.

کلید واژه ها: همودیالیز، کیفیت زندگی، پرسشنامه SF-36

◇ وصول مقاله: ۸۷/۴/۲، اصلاح نهایی: ۸۷/۶/۱۳، پذیرش نهایی: ۸۷/۱۰/۱۵

۱- دانشجوی دکترای تخصصی آموزش بهداشت، دانشکده پزشکی، دانشگاه تربیت مدرس، نویسنده مسئول؛ (Email: Pakpour_Amir@yahoo.com)

۲- کارشناس ارشد مدیریت خدمات بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۳- دانشجوی دکترای تخصصی آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران

۴- دانشیار گروه خدمات بهداشتی دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران

۵- کارشناس ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران

مقدمه

سلامتی عاملی مهم برای ایفای نقش های اجتماعی و موضوع مشترک بسیاری از فرهنگ ها است. سلامتی از واژه هایی است که بیشتر مردم با آنکه مطمئن هستند معنای آن را می دانند لیکن تعریف آن را دشوار می یابند؛ از این رو تعاریف بسیاری از سلامتی ارائه شده ولی تعریفی که بیشتر از همه پذیرفته شده است مربوط به سازمان جهانی بهداشت (در سال ۱۹۴۸) می باشد: "سلامتی عبارت است از رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی و نه تنها بیمار یا معلول نبودن". این تعریف از سلامتی، مفهوم بهزیستی (well being) را به وجود می آورد که خود دارای اجزای عینی و ذهنی است، اجزای عینی آن با آنچه به طور معمول به عنوان استاندارد زندگی یا سطح زندگی نامیده می شوند ارتباط دارند و به اجزای ذهنی آن کیفیت زندگی (quality of life) اطلاق می گردد. [۱]

کیفیت زندگی یک احساس خوب بودن است که از رضایت یا عدم رضایت از جنبه های مختلف زندگی که برای فرد مهم هستند ناشی می شود. کیفیت زندگی حوزه های سلامتی و کار، اقتصادی، اجتماعی، روانی و خانوادگی را شامل می شود. [۲]

کیفیت زندگی یک مفهوم چند بعدی است که سازمان جهانی بهداشت آن را درک هر فرد از زندگی، ارزش ها، اهداف، استانداردها و علایق فردی تعریف کرده است. [۳] تعریف کیفیت زندگی کار مشکلی است چرا که مفهومی وسیع و پیچیده دارد که با داشتن احساس خوشحالی و رضایت شناسایی می شود. شخصیت سالم، آمیزه ای از تجربیات فردی در طول زندگی و عوامل وراثتی می باشد که هر دو با هم تصور ذهنی فرد از خوب یا ضعیف بودن کیفیت زندگی را می سازند. احساس امنیت، تعارضات هیجانی، عقاید شخصی، اهداف و میزان تحمل ناکامی ها، همگی در تعیین نوع درک فرد از خود (احساس خوب بودن یا احساس ناخوشی) تأثیر دارند.

زمانی که فردی در زندگی احساس رضایت و خوشحالی می کند و از بیمار بودن خود احساس نا رضایتی ندارد انرژی بیشتری برای مراقبت از خود دارد و زمانی که فرد خود مراقبتی خوبی داشته باشد روز به روز احساس بهتری خواهد داشت و سالم تر باقی خواهد ماند، لذا کیفیت زندگی بهتری نیز خواهد داشت و این چرخه مثبت خود تقویت کننده، همچنان ادامه می یابد. [۴]

بین بیماری و کیفیت زندگی یک ارتباط متقابل وجود دارد و اختلالات جسمانی و وجود علائم جسمی اثر مستقیم روی تمام جنبه های کیفیت زندگی دارد. [۵] در طول سالیان اخیر علاقه مندی به ارزیابی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری های مزمن افزایش چشمگیری یافته است و بهبود عملکرد روزانه و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به بیماری های مزمن به صورت یک هدف درآمده است. [۶]

بیماری های مزمن کلیوی از جمله بیماری هایی هستند که نه تنها سلامت جسمی بلکه دیگر ابعاد سلامتی را نیز به مخاطره می اندازند. [۷]

میزان شیوع نارسایی مزمن کلیه در جهان ۲۴۲ مورد در یک میلیون جمعیت است و سالانه حدود ۸ درصد به این میزان اضافه می شود. این میزان در جوامع مختلف متفاوت بوده به طوری که در سیاه پوستان ۷۵۸ نفر در یک میلیون و در سفیدپوستان ۱۸۰ مورد در یک میلیون جمعیت است. [۸، ۹]

به استناد آمار مرکز بیماری های خاص ایران و انجمن حمایت از بیماران کلیوی تا پایان سال ۱۳۸۲ حدود ۲۰۱۳۴ بیمار مبتلا به نارسایی مزمن پیشرفته کلیه وجود داشته که ۱۰۲۷۶ نفر از آنها تحت درمان با همودیالیز بوده اند. آمار بیماران تحت درمان با همودیالیز در ایران سالانه حدود ۱۵ درصد افزایش می یابد [۱۰، ۱۱] اگرچه آمارهای موجود حاکی از افزایش طول مدت عمر این بیماران توسط همودیالیز است اما امروزه انسان ها نه تنها تمایل به افزایش عمر دارند بلکه خواستار بهبود و پیشرفت کیفیت زندگی هستند. [۱۲]

روش بررسی

مطالعه حاضر توصیفی - مقطعی (cross sectional) است. جامعه آن را ۱۰۰ بیمار زن و مرد همودیالیزی مبتلا به نارسایی کلیوی که حداقل ۶ ماه به صورت مداوم همودیالیز شده و سابقه پیوند کلیه نداشته و فاقد بیماری مزمن دیگری بودند، از بین مراجعه کنندگان به بخش های دیالیز بیمارستان های فاطمه الزهرا (س) و امام خمینی (ره) شهرستان ساری به صورت احتمالی آسان انتخاب شدند. تعداد ۱۰۰ فرد سالم که فاقد سابقه نارسایی های کلیوی و یا بیماری مزمن دیگری بودند، با توزیع سنی و جنسی مشابه بیماران، از بین همراهان سایر بیماران به صورت تصادفی انتخاب گردیدند. قبل از انجام مطالعه با تشریح اهداف مطالعه برای بیماران، رضایت بیماران جهت شرکت در مطالعه جلب گردید و همچنین مجوزهای لازم از مسئولین دانشگاه و بیمارستان کسب گردید.

ابزار گردآوری داده ها در این تحقیق پرسشنامه بود. پرسشنامه ای که به کار گرفته شد مشتمل بر دو بخش بود: بخش اول سؤالات عمومی که دربر گیرنده مشخصات دموگرافیک (سن، جنس، سطح تحصیلات، وضعیت تأهل، شغل، نمایه توده بدنی (B.M.I) وضعیت اقتصادی و سابقه مصرف دخانیات) بود. بخش دوم پرسشنامه SF-36 (Short Form-36) است که پرسشنامه عمومی می باشد و کیفیت زندگی افراد را در ۸ خرده سنجش (Subscale) بررسی می کند:

۱. عملکرد جسمانی (Physical Function-PF)،
۲. محدودیت در نقش جسمانی (Role Physical-RP)،
۳. درد جسمی (Bodily Pain-BP)،
۴. سلامت عمومی (General Health-GH)،
۵. سرزندگی و شادابی (Vitality-VT)،
۶. عملکرد اجتماعی (Social Functioning-SF)،
۷. محدودیت در نقش احساسی (Role Emotional-RE)، و
۸. سلامت روحی (Mental Health-MH).

تحقیقات متعددی در زمینه کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی انجام شده است. یکی از اولین ارزیابی های کیفیت زندگی در بیماران همودیالیزی در سال ۱۹۷۵ توسط لوی و وین برانت از طریق مصاحبه انجام گرفت. براساس یافته های این مطالعه تنها یک سوم بیماران از کیفیت زندگی نسبتاً مطلوب و قابل قبولی برخوردار بودند. [۱۳]

در مطالعه ای که توسط Stojanovic تحت عنوان ارزیابی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در بیماران همودیالیزی و تأثیر بیماری های زمینه ای، سن و درآمد خانوار با بهره گیری از پرسشنامه SF-36 در کشور صربستان بر روی ۱۹۲ بیمار همودیالیزی صورت گرفت نتایج حاکی از پایین بودن کیفیت زندگی این بیماران بود. همچنین بین ۱۰ متغیر دموگرافیکی، اقتصادی و اجتماعی با حیطه های کیفیت زندگی ارتباط معناداری مشاهده شد. در این بررسی هر ۵ سال افزایش سن با کاهش ۳/۸ درصد در نمرات کیفیت زندگی بیماران همراه بود و افزایش درآمد خانوار به میزان ۱۰ یورو به ازای هر یک از اعضای خانوار نمرات کیفیت زندگی را به میزان ۳ درصد افزایش می داد. [۱۴]

در مورد تحقیقات مربوط به کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی در کشورمان می توان به پژوهش مهربان و همکاران در سال ۱۳۸۱ اشاره کرد. نتایج تحقیق حاکی از آنست که کیفیت زندگی بیماران تحت همودیالیز نسبت به سایر گروه ها (دیالیز صفاقی پیوند کلیه و افراد جامعه) پایین تر بوده است. [۱۵]

بدیهی است چون هدف زندگی مبتلایان به بیماری های مزمن فقط عمر طولانی و زنده بودن نیست، بلکه نوع و کیفیت زندگی آنها نیز مهم می باشد از این رو جهت ارتقای کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی در مرحله اول نیاز به اطلاعات جامع در مورد کیفیت زندگی آنها وجود دارد و این مقوله فقط از طریق اندازه گیری کیفیت زندگی ممکن است.



نمره هر یک از حیطه ها به طور مستقل محاسبه شده و از صفر تا ۱۰۰ می باشد و نمره بالاتر نشانگر کیفیت زندگی بهتر می باشد. مطالعات اعتباریابی این پرسشنامه آن را به عنوان یک مقیاس معتبر و پایا برای ارزیابی کیفیت زندگی همودیالیزی در موقعیت های پژوهشی چند فرهنگی تأیید کرده اند. [۱۶، ۱۵] پس از تکمیل پرسشنامه ها داده های مربوطه وارد رایانه شده و با استفاده از نرم افزار SPSS15 تجزیه و تحلیل گردید.

یافته ها

در این پژوهش در هر گروه ۵۳ مرد و ۴۷ زن مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی افراد سالم ۵۵/۱۶ سال (با انحراف معیار ۱۵/۳۸ سال) و میانگین سنی بیماران ۵۵/۴۱ (با انحراف معیار ۱۵/۵۳ سال) بود. بیشترین افراد بررسی شده در هر دو گروه و همچنین هر دو جنس در گروه سنی ۳۲-۶۰ قرار داشتند. ۴۷ درصد بیماران وضعیت اقتصادی ضعیف، ۴۸ درصد متوسط و تنها ۵ درصد آنها دارای وضعیت اقتصادی خوبی بودند در حالی که ۱۳ درصد افراد سالم وضعیت اقتصادی ضعیف، ۵۷ درصد متوسط و ۳۰ درصد دارای وضعیت اقتصادی خوبی بودند. از نظر استعمال دخانیات ۹۲ درصد بیماران دخانیات استعمال نمی کردند در حالی که این میزان در افراد سالم ۳۴ درصد بود. میانگین نمایه توده بدنی (B.M.I) در افراد سالم ۲۴/۶۱ (با دامنه ۱۸/۵۹-۳۲/۸۷) و در بیماران میانگین نمایه توده بدنی ۲۲/۹۲ (با دامنه ۱۷-۳۵/۳۸) می باشد.

بین بیماران و افراد سالم از نظر شغل ($P=0/042$)، استعمال دخانیات ($P=0/039$)، تحصیلات ($P=0/028$) و وضعیت اقتصادی ($P=0/013$) اختلاف معنی داری وجود دارد به طوری که افراد سالم سطح تحصیلات بالاتر، وضعیت اقتصادی بهتر و شرایط شغلی مطلوبتری را دارا می باشند و همچنین میزان استعمال دخانیات در افراد سالم به مراتب بیشتر از گروه بیماران

است، اما از نظر سن و جنس، نمایه توده بدنی، وضعیت تأهل و محل سکونت اختلاف معنی داری بین دو گروه وجود نداشت (جدول ۱).

نتایج مقایسه کیفیت زندگی دو گروه بیماران و افراد سالم با استفاده از آزمون T مستقل نشان داد که در تمامی خرده مقیاس های مربوط به کیفیت زندگی بین دو گروه اختلاف معنی داری وجود داشت ($P<0.05$) که بیشترین اختلاف در خرده سنجش محدودیت در نقش احساسی (RE) و کمترین اختلاف مربوط به خرده سنجش سلامت عمومی (GH) می باشد (جدول ۲).

همچنین نتایج یافته ها حاکی از آن است که در گروه بیماران بین سن با نمرات عملکرد جسمانی، جنس با نمرات سرزندگی و شادابی و عملکرد اجتماعی، سکونت با نمرات عملکرد اجتماعی رابطه ای در جهت مثبت برقرار است. از سوی دیگر بین تحصیلات با نمرات درد جسمی، سلامت روحی، سرزندگی و شادابی و همچنین بین شغل با نمرات سرزندگی و شادابی و بین نمایه توده بدنی با نمرات سلامت روحی رابطه منفی برقرار است.

بحث و نتیجه گیری

هدف اصلی این پژوهش بررسی این مسئله بود که آیا بین کیفیت زندگی بیماران همودیالیزی و افراد سالم تفاوتی وجود دارد و اگر تفاوت معنی داری مشاهده می شود کدام گروه در وضعیت سلامت بهتری قرار دارد. در ابتدا لازم است که وضعیت گروه ها از لحاظ عوامل دموگرافیک مورد بررسی قرار گیرد.

همان طور که در این مطالعه مشاهده شد اکثریت بیماران ما را مردان و افراد متأهل تشکیل می دادند که این نتایج کاملاً در راستای نتایج مطالعه محمودی و همکاران می باشد. همچنین اکثریت افراد بیمار سطح تحصیلات پایینی داشتند که مطالعه مختاری و همکاران نیز مؤید این نتیجه می باشد. از دیگر یافته های مرتبط با عوامل دموگرافیک در

جدول ۱: توزیع فراوانی مطلق و نسبی متغیرهای دموگرافیکی در دو گروه بیمار و سالم

متغیرها	گروه‌ها	بیمار		سالم		P
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	
جنس	مرد	۵۳	۵۳	۵۳	۵۳	۱
	زن	۴۷	۴۷	۴۷	۴۷	
سکونت	شهر	۶۶	۶۶	۷۱	۷۱	۰/۶۶
	روستا	۳۴	۳۴	۲۹	۲۹	
تحصیلات	بی سواد	۱۶	۱۶	۲۱	۲۱	۰/۰۲۸
	ابتدایی	۴۹	۴۶	۱۶	۱۶	
	راهنمایی	۱۵	۱۵	۱۲	۱۲	
	دیپلم	۱۳	۱۳	۲۴	۲۴	
	دانشگاهی	۷	۷	۲۷	۲۷	
	خانه دار	۴۳	۴۳	۳۵	۳۵	
شغل	کارمند و کارگر	۱۰	۱۰	۲۴	۲۴	۰/۰۴۲
	آزاد	۱۷	۱۷	۲۶	۲۶	
	بیکار	۳۰	۳۰	۱۵	۱۵	
تأهل	متاهل	۷۸	۷۸	۷۵	۷۵	۰/۷۴
	مجرد	۴	۴	۱۰	۱۰	
	مطلقه و همسر مرده	۱۸	۱۸	۱۵	۱۵	

خرده سنجش‌های کیفیت زندگی بین افراد سالم و بیمار اختلاف معنی داری وجود دارد به طوری که افراد سالم در تمامی ۸ خرده سنجش کیفیت زندگی دارای نمرات بالاتری نسبت به افراد بیمار می باشند. مطالعه J Molsted و همکاران نشانگر این حقیقت است که تنها در مورد عملکرد جسمانی و محدودیت در نقش احساسی بین بیماران همودیالیزی و افراد سالم اختلاف معنی داری وجود دارد. [۱۹] در حالی که مطالعه Petrovic L و

مطالعه حاضر این است که بخش اعظم بیماران دارای وضعیت اقتصادی ضعیفی هستند که این نتیجه نیز در راستای نتایج تحقیقات زیادی از جمله: مطالعه K Stavrianou و همکاران و همچنین Petrovic L و همکاران می باشد. [۱۷، ۱۸]

از نظر وجود اختلاف بین کیفیت زندگی بیماران و افراد سالم در ارتباط با خرده سنجش‌های کیفیت زندگی، نتایج این مطالعه حاکی از آن است که در تمامی

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمرات کیفیت زندگی در دو گروه بیمار و سالم*

متغیرها	گروهها	بیمار	سالم	P
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
عملکرد جسمانی (PF)	۳۳/۱۹	۲۹/۰۷	۷۸/۰۶	۱۹/۹۱
محدودیت در نقش جسمانی (RP)	۲۶/۹۷	۳۳/۹۴	۷۲/۳۵	۳۲/۲۳
درد جسمی (BP)**	۳۷/۱۲	۳۱/۹۴	۷۴/۰۵	۲۱/۸۳
عملکرد اجتماعی (SF)	۴۳/۴۳	۳۰/۰۱	۷۶/۰۵	۲۰/۶۳
محدودیت در نقش احساسی (RE)	۲۶/۶۵	۳۷/۲۶	۷۳/۶۸	۳۲/۴۸
سلامت روحی (MH)	۴۸/۹۱	۲۱/۷۲	۷۴/۰۶	۱۴/۷۳
سرزندگی و شادابی (VT)	۳۹/۱۸	۲۱/۹۲	۶۹/۹۱	۱۸/۳۷
سلامت عمومی (GH)	۴۳/۰۹	۱۷/۸۰	۶۶/۵۲	۱۴/۳۸

* نمره بیشتر نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر می باشد.

** در این حیطه نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بهتر می باشد.

همکاران با نتایج مطالعه حاضر کاملاً همسو می باشد. [۱۸]

در بین نمرات ۸ خرده سنجش کیفیت زندگی بیشترین و کمترین نمره در بین بیماران به ترتیب متعلق به سلامت روحی و محدودیت در نقش احساسی می باشد در این ارتباط باید به این نکته اشاره کرد که می توان بالا بودن نمره سلامت روحی را به شرایط خانوادگی و محیط عاطفی مطلوب افراد منتسب نمود و از سوی دیگر پایین بودن نمره محدودیت در نقش احساسی را می توان به محدودیت های ایجاد شده بر روی فعالیت های معمول فرد و تمایلات وی در نتیجه آثار بیماری مربوط دانست. [۲۰]

در مطالعه KoFc و همکاران و همچنین Ageborge و همکاران نیز نتایجی مشابه با نتایج مطالعه حاضر در رابطه با بالاترین و پایین ترین نمرات خرده سنجش های مربوط به کیفیت زندگی حاصل گردید. [۲۱، ۲۲] که این امر را بدین صورت می توان توجیه کرد که محدودیت های ناشی از بیماری در این حیطه ها مشکلی عمومی در بین تمامی بیماران همودیالیزی بوده و مرتفع نمودن این مشکلات نیازمند برنامه ریزی و توجه ویژه بر روی این حیطه ها می باشد. [۲۳]

یافته های این مطالعه نشان می دهد که بین سطح تحصیلات و اکثریت خرده سنجش های کیفیت زندگی

فهرست منابع

- 1- Johnson CA, Levey AS, Coresh J, Lau J, Eknoyan G. Clinical practice guideline for chronic kidney disease in adults. Part I: definition, disease stages, evaluation, treatment and risk factors. American family physician 2004;70(5):869-76.
- 2- Sammarco A. Percieved social support uncertainty and quality of life of younger breast cancer survivors. Cancer nursing. 2001;24(3):212-219.
- 3- Vedat I, Perinan G, Seref K, et al. The relationship between disease future and quality of life in patients with cancer. Cancer nursing. 2001;24(6):490-495
- 4- Ragonesi L, Taddei MT. The impact of diabetes mellitus on quality of life in elderly patients. Diabetes care journal. 1998;11(3):417-422
- 5- Zimmet P. The burden of type 2 diabetes :are we doing enough?. Diabetes Metabolism. 2003;29:6s9-6s18
- 6- Crakowski MS. Health -related quality of life outcomes in clinical research. A J of epidemiology. 1999;283:215.
- 7- EL Reshaid K, Madan MK, Naryanan Nampoory MR, EL-Reshaid W, Johny KV. Pediatric dialysis and renal transplantation in Kuwait over the past 11 years. Pediatr Nephrol 1999; 13: 259-264.
- 8- Anderson KL, Burckardt CS. Conceptualization and Measurement of QOL as an Outcome Variable for Health Care Intervention and Research. J of Adv Nur. 1999;20(2): 298-306.
- 9- Ignatavicius D D, Workman ML Medical- Surgical Nursing Across the Health Care Continuum. Philadelphia: W B Saunders, 2002:1678.
- 10- Afshari L. Renal failure and its treatment. 1th Ed, Tehran: Tabib publication, 2001. (Persian).
- 11- Bromand B. Millions of people at risk of renal diseases. Shafa journal 2001;9:4. (Persian).

ارتباط معنی داری وجود دارد.

همان طور که مطالعه Miomir S نیز به نتایجی مشابه با نتایج مطالعه حاضر منتج گردید. از این رو می توان سطح تحصیلات را به عنوان عاملی قوی در تأثیر گذاری بر روی نگرش فرد نسبت به مشکلات ایجاد شده تحت تأثیر بیماری کلیوی و ابزاری در راستای فائق آمدن بر این مشکلات تلقی نمود. [۲۴]

همان طور که در سطور مختلف این پژوهش بدان پرداخته شد عمده بیماران همودیالیزی علاوه بر مشکلات فیزیکی ناشی از عوارض بیماری، در حیطه های مربوط به سلامت روان و مسائل عاطفی دارای مشکلات عدیده ای می باشند که این مشکلات می توانند جنبه های فیزیکی کیفیت زندگی بیماران را نیز به شدت تحت تأثیر قرار دهند بدین منظور لازم است که در ارائه خدمات به این دسته از بیماران از درمان های صرفاً جسمانی به سوی ارائه خدمات ارتقاء سلامت در تمامی حیطه ها حرکت کنیم که لازمه این امر برنامه ریزی و نگاه ویژه به مسائلی از جمله ارائه خدمات مشاوره ای سلامت روان، برنامه ریزی آموزش سلامت، توجه عمیق تر به نیازهای معیشتی بیماران و گسترش پوشش بیمه ایی این بیماران می باشد. که تحقق بخشیدن به این اهداف نیازمند همکاری گسترده تمامی دستگاه های نظارتی و حمایتی دخیل در نظام سلامت است و تنها در سایه یک برنامه ریزی جامع و دقیق بین بخشی است که می توان به رسالت اصلی نظام سلامت کشور که بر اساس رهنمودهای سازمان بهداشت جهانی افزایش کمیت همراه با کیفیت زندگی سال های عمر شهروندان یک جامع است، جامه عمل پوشانید.



- 21-Ko FC, Lee BO, Shih HT. Subjective quality of life in patients undergoing long-term maintenance hemodialysis treatment: a qualitative perspective, Hu Li Za Zhi. 2007 Feb;54(1):53-61.
- 22- Ageborg M, Allnius B, Cederfjalal C. Quality of life, self-care ability, and sense of coherence in hemodialysis patients: A comparative study. Hemodialysis International 2005; 9: S8-S14.
- 23- Cleary J, Drennan J. Quality of life of patients on haemodialysis for end-stage renal disease. Blackwell Publishing Ltd, Journal of Advanced Nursing, 2005, 51(6), 577-586.
- 24- Miomir S, Vladisav S. Assessment of Health-related Quality of Life in Patients Treated With Hemodialysis in Serbia: Influence of Comorbidity, Age, and Income. Artificial Organs, 2007, 31(1):53-60.
- 12-Chow F, Briganti E, Kerr P, Chaoba S, Zimmet P, Atkins RC. Health-related quality of life Australian adults with renal insufficiency: a population based-study. Am J Kidney Dis 2003;41(5):509-604.
- 13-Molzan A. The reported quality of life selected home hemodialysis patients. ANNA Journal. 1991; 18(2):173-180.
- 14- Stojanovic M, Stefanovic V. Assessment of Health-related Quality of Life in Patients Treated With Hemodialysis in Serbia: Influence of Comorbidity, Age, and Income. Journal of International Center for Artificial Organs and Transplantation 2007;31(4):53-60.
- 15-Mehranban D, Naderi GH, Sahi M. The comparison of quality of life between patients with renal replacement treatments and normal population. the summary of 7th congress on nephrology dialysis and renal replacement Iran-Tehran. 2001. (in Persian).
- 16-Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B. The Short Form Health Survey (SF-36): Translation and validation study of the Iranian version 2005;14: 875-882.
- 17-Stavrianou K, Pallikarakis N. Quality of life of end-stage renal disease patients and study on the implementation of nocturnal home hemodialysis in Greece. : Hemodial Int. 2007 Apr;11(2):204-9.
- 18-Petrovic L, Mitic I, Bozic D, Vodopivec S, Durdevic-Mirkovic T, Quality of life in patients with chronic renal failure, Med Pregl. 2006 Sep-Oct;59(9-10):411-4.
- 19-Molsted S, Prescott L, Heaf J, Eidemak I. Assessment and Clinical Aspects of Health-Related Quality of Life in Dialysis Patients and Patients with Chronic Kidney Disease. Hemodial Int. 2006 Aug;10(2):24-9.
- 20-Oh SH, Yoo EK. Comparison of quality of life between kidney transplant and hemodialysis patients, Med Pregl. 2004;54(8): 11-3.





A comparative study on health related quality of life in hemodialysis patients and healthy people

Pakpour H.A.¹ / Panahi Ch D.² / Yekaninejad M.S.³ / Ebadi Fard Azar F.⁴ / Izzy H.⁵

Abstract

Introduction: End stage renal disease affects many aspects of the hemodialysis patients life, and finally affects their health relate quality of life .The aim of this study was comparison between the hemodialysis patients and healthy population in the Fatima Zahra and Imam Khomeini hospital of Sari.(2007-2008).

Methods: We interviewed and completed the SF-36 questionnaires for 100 hemodialysis patients and 100 healthy people; and collected data were analyzed by SPSS 15 software, with McNemar, Pearson, chi- square, and independent t-test.

Results: Mean age for patients was 55.41 and for healthy people 55.16 years. Patients were mostly with low education, urban residents, and intermediate socio-economic class. Mental health score was the top; and the role emotional scores the least aspects of patients' quality of life. In addition there was significant difference between patients and healthy people scores on every subscale in quality of life.

Conclusions: The results showed that there is necessity for socioeconomic support and counseling activities for patients with hemodialysis.

Keywords: *Hemodialysis, SF-36, quality of life*

1- PhD Student of Health Education, School of Medicine, Terabit Modarres University Tehran, Iran
2- Ms of health management, School of Health, Tehran University of Medical Science
3- PhD Student of Biostatistics, School of health, Tehran University of Medical Science
4- Associate Professor, School of health, Iran University of Medical Science
5- Ms of of Health Education, School of health, Iran University of Medical Science